

ANEXO XI. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE ANTÍDOTOS

ACTUACIÓN INMEDIATA					
PRESENTACIÓN	P. ACTIVO	INDICACIÓN	DOSIFICACIÓN	UBICACIÓN Y STOCK MÍNIMO*	OBSERVACIONES
ALCOHOL ABSOLUTO 100% amp 10 ml (FM)	ETANOL	Etilenglicol Metanol	<p>Vía IV: Dosis de carga 1 ml/kg en 50 ml de G5 en 60 min. Dosis de mantenimiento 0,1 ml/kg/h (para no bebedores) y 0,2 ml/kg/h (para bebedores crónicos) en G5. (1) Opciones: * Preparar solución al 10% (5 amp en 500 ml G5%) y administrar 1ml/kg/h (no bebedores) o 2ml/kg/h (bebedores) de dicha solución. * Calcular necesidades para 6 h y añadir a 500 ml de G5.</p> <p>En caso de hemodiálisis se recomienda doblar la velocidad de infusión. (1)</p> <p>Administrar por vía central (soluciones muy hiperosmolares). En caso de vía periférica preparar una solución isoosmolar de etanol, con una concentración del 10%.</p> <p>Oral: Se puede usar whisky (40º) o alcohol de 96º. Diluir con agua para conseguir una concentración de etanol del 20% o menos, para evitar la irritación gástrica. Se desaconseja la utilización de la vía oral por la frecuente intolerancia digestiva de los intoxicados por metanol o etilenglicol. (1)</p>	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 30 AMPOLLAS	Monitorización de la concentración sanguínea de etanol (1-1,2 g/L). Primera determinación a la hora de haber terminado la dosis de carga y después cada 4-6 horas. BMtest c/3h. Es conveniente la administración simultánea de - ácido fólico o folinato cálcico: 50mg IV/ 4h (en 100 ml de G5%), durante 24 horas, ya que parece prevenir las secuelas oculares, en intox. metanol. - Piridoxina (B6) 100mg IV/ 6h y tiamina (B1) 100mg IM/ 12h, ya que la mayoría de estos pacientes son alcohólicos crónicos.
ATROPINA 1 mg amp 1 ml	ATROPINA	Organofosforados (fosfatos inorgánicos) y carbamatos Síndrome colinérgico. Anticolinesterásicos	<p>Dosis inicial: bolo de 1-3 mg en adultos y 0.02 mg/kg en niños IV. Si persisten los signos de broncoespasmo y la bradicardia a los 3-5 min. doblar dosis y continuar cada 3-5 min hasta alcanzar atropinización. En casos graves pueden ser necesarias dosis mayores de 50 mg/día. Mantener atropinización mediante perfusión, iniciando con 10-20% de la dosis de carga/h, controlando regularmente que se consigue el efecto deseado sin toxicidad (delirio, hipertermia e íleo) (6,8)</p>	FARMACIA, ALMACEN GENERAL PYXIS DE URGENCIAS PYXIS UCI 50 AMPOLLAS	También se puede administrar vía IM, aunque es preferible IV rápida. La inyección lenta puede causar descenso paradójico del ritmo cardíaco.
AZUL DE METILENO 1% amp. 10 ml (10 mg/ml) FM	AZUL DE METILENO	M-hemoglobinemia aguda tóxica	<p>Dosis de 1-2 mg/Kg IV diluida en 100 ml de G5 a pasar en unos 15 minutos, con lo que se suele corregir la MHb en 30-60 minutos. Si fuese necesario se puede repetir la dosis en 45-60 min. No debe superarse la dosis de 7 mg/Kg, ya que a estas dosis puede actuar como oxidante y producir MHb. (3,6)</p>	FARMACIA, ALMACEN GENERAL PYXIS DE URGENCIAS 5 AMPOLLAS	Precaución: no utilizar en niños muy pequeños y en caso de déficit de G-6P-deshidrogenasa ya que puede inducir anemia hemolítica. Alternativa AC. ASCÓRBICO 1g/h (max. 10 g).
BICARBONATO SÓDICO 1M (1 mEq/ml) 10 ml	BICARBONATO SÓDICO	Inhalación de cloro	Nebulización de 3 ml de bicarbonato + 7 ml de agua bidestilada. (6)	FARMACIA, ALMACEN GENERAL	No añadir broncodilatadores en la cazoleta.
		Antidepresivos tricíclicos	IV: 50-100 mEq en 1h. (6)	PYXIS DE URGENCIAS 10 AMPOLLAS	Riesgo de alcalosis respiratoria, hipopotasemia e hipernatremia.

<p>BOTULISM- ANTITOXIN 100 mg proteína /ml 250 ml (X)(*)</p>	<p>SUERO ANTIBOTULINICO</p>	<p>Botulismo</p>	<p>Se reserva sólo para casos graves con compromiso respiratorio de origen neurógeno. (6) El vial contiene 750 U/ml de antitoxina A, 500 U/ml de antitoxina B y 50 U/ml de antitoxina E. Dosis: Administrar inicialmente 250 ml lentamente controlando al paciente, y continuar con otros 250 ml si el control es adecuado. Según el grado de control clínico se pueden administrar 250 ml adicionales a las 4-6 horas. Administrar tan pronto como sea posible. (2)</p>	<p>HOSPITAL DE REFERENCIA: H. GRAL DE CIUDAD REAL.</p>	<p>Efectos secundarios: hipersensibilidad, anafilaxia, enfermedad del suero (especialmente si reciben >4 viales). Realizar test de sensibilidad cutánea previamente. Si alergia a Inmunoglobulinas (4)</p>
<p>CARBÓN ULTRA ADSORBENTE LAINCO 50 g</p>	<p>CARBÓN ACTIVADO</p>	<p>Diversos tóxicos orales ADSORCIÓN DE TÓXICOS</p>	<p>V.O. o sonda nasogástrica: 50 g emulsionados en 200 ml de agua templada (añadir agua hasta la raya azul del envase y agitar, como se reduce el volumen completar con más agua hasta el nivel). En niños 1 g/kg. Se puede repetir cada 4h en intoxicaciones por fármacos que sufren circulación enterohepática. (2,7)</p>	<p>FARMACIA, ALMACEN GENERAL PYXIS DE URGENCIAS- ESP. Y BOXES PYXIS UCI 4 ENVASES</p>	<p>Sonda del número 18 (bocal rojo). Lavar la sonda con agua después del carbón. Puede inducir vómitos. (5) Una vez preparada la suspensión administrar inmediatamente o guardar en nevera max. 72 h.</p>
<p>CYANOKIT 2,5 g vial C/2</p>	<p>HIDROXICOBALAMI NA</p>	<p>Cianuro Inhalación humos</p>	<p>Dosis inicial: 5 g en adultos y 70 mg/Kg en niños (máx. 5g). Reconstituir con 100ml de SF, usando el dispositivo de transferencia estéril suministrado. Administrar cada vial en 15 minutos. Dosis posterior: dependiendo de la gravedad de la intoxicación y de la respuesta clínica puede administrarse una segunda dosis (igual a la inicial). La velocidad de perfusión para la segunda dosis oscila entre 15 min (inestables) y las 2 horas. D. max. 10 g. (2)</p>	<p>FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP UVI MOVIL (1 KIT) 2 KITS</p>	<p>Para mezclar la solución balancear e invertir el vial durante 30 segundos, no agitar para evitar la formación de espuma. Utilizar el equipo de perfusión intravenosa proporcionado en el kit que contiene filtro.</p>

<p>FLUMAZENILO 1 mg amp 10 ml 0,5 mg amp 5 ml (0,1 mg/ml)</p>	<p>FLUMAZENILO</p>	<p>Benzodiazepinas (BZD)</p>	<p>En <u>adultos</u> se administran bolus IV de 0'25 mg en 60 segundos, con intervalos de 1 minuto, hasta un máximo de 8 (2mg) y/o la obtención de una respuesta clínica satisfactoria (obtención de respuesta verbal y/o Glasgow > 12). La ausencia de respuesta tras 2 mg descarta razonablemente la intoxicación pura por BZD. Excepcionalmente, algunos intoxicados muy graves pueden llegar a necesitar más bolus, pero en ningún caso y por ningún motivo deben sobrepasarse los 20 (5 mg). Si el paciente se reseda, se administrará uno o más bolus de flumazenilo hasta obtener la respuesta deseada y se iniciará entonces una perfusión continua (2 mg en 500 mL de SF o G5 a pasar en unas 4 horas); la velocidad de esta infusión, así como la conveniencia de repetir la perfusión, se regulará en función de las necesidades del paciente. La perfusión continua de flumazenilo está justificada si el paciente tiene un Glasgow < 12 y si había respondido previamente a los bolus. La perfusión suele mantenerse entre 8 y 12 h, aunque si la BZD es de vida media larga (diazepam, clorazepato dipotásico) o si el paciente es mayor (> 60 años), aumenta la necesidad de prolongar la perfusión. Se puede mantener este tratamiento durante más de 24 horas si el enfermo lo precisa. (5,7) Las dosis en niños son de 10 mcg/kg (max. 0,2 mg) IV en 15 segundos. Si el nivel deseado de conciencia no se obtiene después de pasados 45 segundos más, se pueden administrar nuevas inyecciones a intervalos de 60 segundos (hasta un máximo de 4). Dosis máxima total de 0,05 mg/Kg ó 1 mg (la dosis que sea menor). (2,7) Si dosis repetidas no mejoran significativamente el estado de conciencia y la función respiratoria, sospechar otra etiología (2).</p>	<p>FARMACIA, ALMACEN GENERAL PYXIS DE URGENCIAS PYXIS UCI 6 AMPOLLAS</p>	<p>Indicación: diagnóstico diferencial del coma de causa no conocida, y cuando hay sospecha clínica razonable de intoxicación moderada o grave (pacientes en coma, con ausencia de respuesta verbal y/o Glasgow < 12) Administrar lentamente en pacientes tratados con altas dosis de BZD o de forma prolongada las semanas precedentes por riesgo de síntomas de privación. Precauciones: en caso de riesgo de convulsiones (ej asociación con cocaína, anfetaminas o tricíclicos, lesiones cerebrales, pacientes epilépticos, alteración hepática previa), ya que las benzodiazepinas ejercen un efecto anticómicial. No se recomienda en pacientes epilépticos en tratamiento de larga duración con BZD. Efectos secundarios: convulsiones, arritmias, vómitos, ansiedad y agitación</p>
<p>FLUMIL ANTÍDOTO 20% 10 ml (200 mg/ml)</p>	<p>N-ACETILCISTEÍNA</p>	<p>Paracetamol</p>	<p>IV: Dosis de carga de 150 mg/kg en 200 ml de G5, en 60 min. Dosis de mantenimiento 50 mg/kg diluido en 500ml G5 en infusión de 4 h. Posteriormente 100 mg/kg en 1000ml de G5 durante 16 horas. Continuar con infusión de 150mg/kg/24h en 500ml G5 si el paciente está en situación de hepatitis tóxica con insuficiencia hepatocelular. Oral (Pauta de 72h): Dosis de carga de 140 mg/kg. Dosis de mantenimiento 70 mg/kg c/4h (17 dosis). Disolver en 3 partes de zumo de fruta por cada parte de antídoto en disolución al 20%. Para sonda nasogástrica diluir en SF o agua. Si el paciente vomita en el plazo de 1h desde una dosis debe repetirse ésta. (3-6)</p>	<p>FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP PYXIS UCI 11 VIALES</p>	<p>El carbón activado puede disminuir su absorción, abstenerse o aumentar la dosis de carga a 235 mg/Kg. Puede interrumpirse la administración cuando los niveles hemáticos de paracetamol sean inferiores a 200mcg/ml.</p>
<p>IPECACUANA, JARABE 100 ml (70 mg/ml) (FM)</p>	<p>IPECACUANA</p>	<p>Diversos tóxicos orales (EMÉTICO)</p>	<p>■ Niños 6-12 meses: 5-10 ml de jarabe. ■ Niños 1-12 años: 15 ml de jarabe. ■ Adultos y niños >12 años: 15-30 ml de jarabe. A continuación beber gran cantidad de líquidos. Si no efecto en 20-30 min repetir otra dosis (máx 2 dosis). (3,5)</p>	<p>1 ENVASE</p>	<p>Contraindicaciones: Intoxicación por sustancias corrosivas, paciente con convulsiones o bajo nivel de conciencia o riesgo de aspiración.</p>

GLUCAGON.GEN HYPOKIT jer. 1mg (*)	GLUCAGON	Betabloqueantes Hipoglucemias graves	En el tratamiento de las manifestaciones cardíacas de la sobredosis por betabloqueantes (bradicardia severa o hipotensión con repercusión sobre la perfusión orgánica): Dosis de carga 0.05 mg/kg I.V. en 1-2 min. Se espera la respuesta durante 5-10 min (nunca mas de 15-30 min). Máx 10 mg en el adulto. Se puede continuar con perfusión continua 2.5 mg/h (max. 10 mg/h) diluido en G5%. Hipoglucemia grave como alternativa a la glucosa parenteral si hay pérdida de conciencia y si no es posible la administración de glucosa oral: 1 mg en adultos y niños >20 kg y 0.5 mg en niños <20kg. Se puede administrar dosis adicional si no hay respuesta a los 15 min., si bien debería administrarse glucosa IV. (3,5-7)	FARMACIA, NEVERA ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP PYXIS UCI 40 JERINGAS	También se puede administrar vía IM y SC. Diluir el polvo liofilizado con el contenido de la jeringa con disolvente (1 mg (1UI)/ ml). Para diluir grandes cantidades emplear API.
KELOCYANOR 1.5% 300 mg amp 20 ml (15 mg/ml) (X)	EDETATO DICOBALTICO	Cianuro	Dosis de carga de 600 mg (2 amp) I.V. en 1 min, seguido de 50 ml de glucosa hipertónica (G50%) para disminuir la toxicidad. Si la respuesta no es adecuada puede administrarse 300 mg más a los 5 min, seguido de G50%. (2,5,6)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 2 AMPOLLAS	<u>USAR SÓLO SI SE HA CONFIRMADO INTOX. POR CIANURO.</u> Si no hay cianuro presente, aumentan los efectos secundarios. Alternativa a hidroxocobalamina.
NALOXONA 0,4 mg amp. 1 ml	NALOXONA	Opioides	En caso de sospecha o intoxicación/sobredosis conocida de opiáceos: 0,4-2 mg, según la gravedad, IV en adultos y 0.01 mg/kg en niños cada 2-3 min hasta respuesta adecuada (recuperación de la conciencia, respiración). Si tras 10 mg no se observa respuesta sospechar otra causa. La semivida de eliminación es corta y su efecto antagonista transitorio por lo que pueden ser necesarias dosis adicionales o instaurar perfusión continua (5 amp en 500 ml G5% (4 µg/ml)) adecuando el ritmo de infusión a la situación del paciente (ritmo inicial 0.4 mg/h). (2,3)	FARMACIA, ALMACEN GENERAL PYXIS DE URGENCIAS PYXIS UCI 25 AMPOLLAS	También se puede administrar vía IM o SC. <u>Precaución:</u> en pacientes que han recibido dosis altas de opiáceos o con dependencia física a opiáceos puede aparecer síndrome de abstinencia agudo (agitación y convulsiones) si la reversión es demasiado rápida por lo que se recomienda escalar dosis.
NITRITO SODICO 3% amp 10 ml (30 mg/ml) (FM)	NITRITO SÓDICO	Cianuro	Dosis: 300 mg (10 ml) en adultos y 4.5-10 mg/kg (0.15-0.33 ml/kg), max. 300 mg, en niños vía IV en 3-5 minutos, seguido de tiosulfato sódico. Si reaparecen los síntomas se puede repetir la inyección a los 30 min. (5-7)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 2 AMPOLLAS	Controlar niveles de meta-Hb (max. 30-40%) y vigilar TA. Contraindicado cuando coexiste intoxicación por monóxido de carbono (aumenta la meta-Hb). No es de elección.
SUPLECAL amp 10 ml (0.46 mEq/ml)	GLUCONATO CÁLCICO	Fluoruros. Oxalatos	Administración IV de 0.1-0.2 ml/kg hasta 10 ml/dosis y repetir si es preciso. Repetir, si precisa, a los 15 minutos, hasta un máximo total de de 40 ml en 1 hora. (6,7)	FARMACIA, ALMACEN GENERAL PYXIS URGENCIAS- ESP 4 AMPOLLAS	Contraindicaciones: Ca iónico>1.5mmol/L.
TIOSULFATO SODICO 25% vial 50 ml (0.25 g/ml) FM	TIOSULFATO SÓDICO	Cianuro	Dosis: 12,5 g (50 ml) en adultos y 412,5 mg/kg (1.65 ml/kg), max. 12.5 g, en niños vía IV en 10 minutos. Administrar tras el nitrito sódico/hidroxocobalamina o sólo en intoxicaciones menos graves. Si reaparecen los síntomas se puede repetir la inyección a los 30 min. (5-7)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 2 VIALES	<u>Efectos secundarios:</u> dosis altas son laxantes. Hiperósmosis, hipotensión, depresión del SNC, dermatitis, debilidad.

ANTES DE 1 HORA

PRESENTACION	P. ACTIVO	INDICACIÓN	DOSIFICACIÓN	UBICACIÓN Y STOCK MINIMO	OBSERVACIONES
CONTRATHION 2% 200 mg vial + 10 ml SF (20 mg/ml) (X)	PRALIDOXIMA	Anticolinesterásicos Organofosforados (fosfatos orgánicos)	Dosis de carga 30 mg/kg en 20 min, seguido de perfusión de 8 mg/kg/h. En adultos se suele administrar 2 g como dosis de carga seguido de 500 mg/h. Continuar el tratamiento hasta recuperación (12h tras la suspensión de la atropina o una vez que la butilcolinesterasa empieza a aumentar) (7,8) Si no hay síntomas gastrointestinales severos se puede administrar 1-3 g V.O. cada 5 h. (2,3) Reconstituir cada vial con 10 ml de disolvente (SF).	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 20 VIALES	Su utilidad es discutible si han pasado más de 36 horas. Administrar asociado a atropina. Contraindicado en intoxicación por carbamatos. Se puede administrar via IV en caso de urgencia, IM, SC o vía oral en caso contrario.
DANTROLEN 20 mg vial (X)	DANTROLENO	Hipertermia maligna (tratamiento y profilaxis en pacientes susceptibles)	Vía IV: Dosis inicial 1 mg/kg IV, repetir si es necesario hasta respuesta o dosis acumulada de 10 mg/kg. Posteriormente 4-8 mg/kg/día en 3-4 dosis diarias Como profilaxis en pacientes susceptibles: 2,5 mg/Kg IV, administrados en 1h, 75-90 min antes de la anestesia. Se pueden administrar dosis adicionales durante la intervención si aparecen síntomas. Reconstituir cada vial con 60 ml de disolvente (API). Vía oral: prevención de recurrencias de 4-8mg/kg/día dividida en 4 dosis durante los 3 días posteriores a la crisis; prevención de una crisis en pacientes de riesgo 4-8mg/kg/día en 3 ó 4 dosis durante 1 ó 2 días antes de la cirugía, última dosis administrada 3 ó 4 horas antes de la cirugía con un poco de agua (2,3)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 36 AMPOLLAS	Transferir el volumen a bolsa vacía estéril de plástico. Proteger de la luz. Hidratar. No mezclar con sales de calcio, ni administrar junto a antagonistas del calcio. Monitorizar parámetros hepáticos. Evitar extravasación.
DEFERIN 500 mg vial	DEFEROXAMINA	Hierro.	Después de la aspiración y del lavado de estómago, pueden dejarse 5-10 g de Deferoxamina para evitar la absorción del hierro no absorbido. Para eliminar el hierro ya absorbido, debe administrarse por vía IM o IV. La posología y la vía de administración dependen fundamentalmente de la gravedad de la intoxicación, (concentraciones séricas de hierro y capacidad total de fijarlo, que se controlarán regularmente), también se debe tener en cuenta la cantidad total de hierro ingerido y la que persiste en el tracto gastrointestinal. - Paciente normotenso: una sola dosis IM de 2 g para los adultos y 1 g para los niños. - Paciente hipotenso: se recomienda la vía IV. La velocidad máxima de administración es de 15 mg/kg/h, que se reducirá al cabo de 4-6 h de manera que la dosis intravenosa total no supere los 80 mg/kg en 24 horas. El tratamiento deberá continuarse hasta que las concentraciones séricas sean inferiores a la capacidad total de fijación del hierro. Reconstituir con 5 ml de API. Diluir en 500 ml de SF0,9%. (2)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 12 VIALES	Mantener una diuresis adecuada que garantice la excreción del complejo de hierro (FO). En caso de oliguria o de anuria puede ser necesario recurrir a la diálisis peritoneal o a la hemodiálisis. La inyección IV rápida puede producir hipotensión, taquicardia, eritema y urticaria. En ocasiones, ha causado neurotoxicidad visual y auditiva de carácter reversible.

DIGIFAB 40 mg vial (X)(*)	ANTICUERPOS ANTIDIGITAL (Fab antidigoxina)	Digoxina >10ng/dl o factores de gravedad	Indicado en caso de intoxicaciones graves: - arritmias ventriculares severas (taquicardia o fibrilación ventricular) o bradiarritmias progresivas (bradicardia sinusal severa o bloqueo de 2º o 3º grado que no responde a atropina) - Ingestión >10 mg digoxina (40 comp) en adulto sano o >4 mg (16 comp) en niño sano, o niveles plasmáticos en <u>estado estacionario</u> de >10 ng/ml. 40 mg de antídoto fijan 0,5 mg de digoxina Dosis: - Cantidad ingerida conocida: nº viales =mg ingeridos /0.5 mg fijados por vial - Dosis según digoxinemia en estado estacionario: nº viales =digoxinemia (ng/ml) x Peso (kg) / 100 Reconstituir cada vial con 4 ml de API, diluir en SF y administrar en 30 minutos. Niños puede reconstituirse y administrar con jeringa de tuberculina. Dosis muy bajas diluir con 36 ml de SF para concentración de 1 mg/ml (2,3)	FARMACIA, NEVERA ANTÍDOTOS Intoxicación aguda 10 VIALES I. Crónica 6 VIALES	No medir niveles después, interfiere con la determinación de digoxina. Es posible una reacción anafiláctica. Pacientes de alto riesgo realizar <u>test cutáneo</u> : 1º diluir 0.1 ml del vial reconstituido en 9.9 ml SF 2º inyectar 0.1 ml intradérmico y leer a los 20 min si aparece reacción. Otros efectos adversos: hipokalemia, exacerbación IC. La respuesta inicial se produce a los 60 minutos del final del tratamiento y la respuesta completa a las cuatro horas.
FOLINATO CÁLCICO 50 mg vial (*)	FOLINATO CÁLCICO	Metanol	50 mg en 100 ml de G5% cada 4h durante 24h. (1,6)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS	El ácido fólico parece prevenir las secuelas oculares en la intoxicación por metanol.
		Metroretaxato	Si se conoce la dosis de MTX ingerida administrar dosis equivalente o mayor de folinato (IV/oral c/6h). (7) Si se desconoce dar 50 mg/m2/6h IV hasta alcanzar niveles < 0,1 mcg/L (2-3 días). (6)	PYXIS URGENCIAS- ESP 6 VIALES	
KONAKION amp 10 mg/ml	VITAMINA K	Análogos de vitamina K (anticoagulantes (ACO), rodenticidas)	<u>Pacientes sin tratamiento previo con ACO:</u> 10-20 mg en adultos y 250 mcg/kg niños, IV lenta o VO dependiendo de que haya o no sangrado activo. Mantener hasta que el tiempo de protombina se normalice. <u>Pacientes con tratamiento anticoagulante previo:</u> si no hay sangrado se administrarán 2,5 mg (si INR 5-9) ó 5 mg (si INR >9) VO. En caso de hemorragia se administrará plasma fresco y vitamina K 1 mg IV lento, aumentando dosis posteriores en función de los controles. (6,7)	FARMACIA, ALMACEN GENERAL PYXIS DE URGENCIAS 5 AMPOLLAS	Determinar INR al menos cada 24h en pacientes con tratamiento anticoagulante previo. El tratamiento con vitamina K puede ser necesario durante semanas o meses. Es preferible la vía oral a la IV (anafilaxia)
PROTAMINA 50 mg vial 5 ml (*)	PROTAMINA	HEPARINA	<u>Dosis función del tiempo transcurrido:</u> <30 min: 1 mg de sulfato de protamina (1 ml) neutraliza 100 U.I. de heparina. >30 min: 0,5 mg de protamina por cada 100 U.I. de heparina. Se administra por vía IV lenta (10 min) o en infusión IV (G5%) No administrar más de 50 mg (5 ml) de sulfato de protamina en una sola dosis. (2,6)	FARMACIA, NEVERA ANTÍDOTOS 1 AMPOLLA	Neutraliza parcialmente el efecto de las HBPM (1mg enoxaparina ó 100 UI anti-Xa de dalteparina o tinzaparina/ 1mg protamina). Tras la administración es frecuente sensación de calor, rubor e hipotensión.
VIPERFAV vial 4 ml (X)(*)	SUERO ANTIOFÍDICO	Mordedura de serpiente Grado II-III	Suero contra veneno de víboras europeas (Vipera aspis, V. berus, V. ammodytes) en pacientes que presentan edema rápidamente extensible y/o signos sistémicos (vómitos, diarrea, dolor abdominal, hipotensión) Dosis: 1 vial en 100 ml de SF0,9% a pasar lentamente. Al principio a 50 ml/h, la duración total será de 1 hora. Pasadas 5 h se puede repetir la perfusión según la evolución clínica. (2)	FARMACIA, NEVERA ANTÍDOTOS 2 VIALES	Riesgo de reacción anafiláctica, realizar test cutáneo previo y administrar corticoides para prevenir la enfermedad del suero. Monitorizar estrechamente al paciente durante la administración. (6)

INDEPENDIENTES DEL TIEMPO

PRESENTACION	P. ACTIVO	INDICACIÓN	DOSIFICACIÓN	UBICACIÓN Y STOCK MÍNIMO	OBSERVACIONES
ANTICHOLIUM 2 mg amp 5 ml (X)	FISOSTIGMINA (ESERINA)	ANTICOLINÉRGICOS (Atropina) Antidepresivos tricíclicos Antipsicóticos Antihistamínicos Antiparkinsonianos Datura stramonium Atropa belladona)	Reservar para casos severos con síntomas que amenacen la vida (convulsiones incontrolables, coma con depresión respiratoria o hipertensión grave). Monitorizar estrechamente al paciente. Dosis: 2 mg en bolo IV lento (5 min). Repetir cada 10 min hasta obtener respuesta, max. 10 mg. Una vez obtenida respuesta como la semivida de la fisostigmina es corta, el cuadro anticolinérgico puede recidivar al cabo de 30-60 min, por lo que se administrarán nuevos bolos (preferible por el riesgo de toxicidad colinérgica) y/o se instaurará una perfusión continua de unos 2 mg/h aproximadamente. (4-6)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 5 AMPOLLAS	Puede provocar bradicardias e hipotensión por lo que se aconseja control de constantes y monitorización ECG. Aunque es excepcional, la fisostigmina puede desencadenar un broncoespasmo y provocar convulsiones. (6) Precauciones: Dosis altas o velocidad rápida producen trastornos de la conducción cardíaca, que se antagonizan con atropina.
CALCIUM EDETATE DE SODIUM 5% amp 10 ml (50 mg/ml) (X)	EDTA (calcium edetate de sodium)	Intox. Plomo	Son tributarios de tratamiento pacientes sintomáticos y/o con plumbemias > 40 mcg/dl. El tratamiento irá precedido de una única dosis IM de 3 mg/kg de dimercaprol (BAL). Adultos: 0,5-1g/12h IV diluido en 250 ml de SF ó G5%, a pasar lentamente, durante 5 días. La misma pauta puede repetirse al cabo de 7 días. (2) Niños: 60-80 mg/kg/día ó 1000 mg/m2/día, en 2 tomas. (5,7)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP 4 AMPOLLAS	Es irritante y puede producir tromboflebitis por lo que se debe administrar en infusión lenta (1h). Riesgo de inducir lesión tubular por liberación de Pb, mantener un flujo renal alto antes y después del tratamiento. Monitorizar la función renal y disminuir la pauta si se detecta insuficiencia renal.
CUPRIPEN 50 mg y 250 mg comp	PENICILAMINA	Intox. Metales Pesados (Cobre, Plomo, Mercurio)	1-2 g/día en adultos y 20-25 mg/kg/día en niños y ancianos, en varias tomas antes de las comidas, durante 1-2 meses. Tomar con el estómago vacío. (4,5,7) El tratamiento se continua durante unas 2 semanas y se suspende, para evaluar los posibles efectos secundarios y la eficacia quelante medida a través de la excreción urinaria del metal. Si la tolerancia es buena y la eficacia quelante alta, el tratamiento se repite dejando una semana de pausa, y así sucesivamente. (6)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS 10 COMP DE 250 Y 10 COMP DE 50 MG	Efectos adversos: Alteraciones gastrointestinales (anorexia, náuseas y vómitos) úlceras orales, estomatitis y pérdida del gusto. Exantemas cutáneos transitorio y al inicio del tratamiento. Trombopenia. Proteinuria. ■No es un antídoto de primera línea para los casos graves, buena opción como coadyuvante
DIMERCAPROL 200 mg amp 2 ml (100 mg/ml) (X)	BAL (Dimercapto-propanol)	Intox. Arsénico, Mercurio y sales de oro Intoxicación grave por plomo	SÓLO VIA INTRAMUSCULAR Dosis: 3 mg/Kg, IM profunda, cada 4h los dos primeros días, cada 6 horas el tercer día y cada 12h los siguientes 10 días. En caso de nefritis mercurial aguda, en ausencia de anuria, las dosis serán de 5 mg/kg con la misma pauta de administración. En el saturnismo se utiliza una sola dosis (3mg/Kg) unas 4 horas antes de iniciar el tratamiento quelante con EDTA. Alcalinizar la orina para prevenir la disociación del complejo dimercaprol-metal, que puede lesionar el riñón. Dosis de prueba (50 mg) para ver la sensibilidad individual. (2,7)	FARMACIA, EST. ANTÍDOTOS PYXIS URGENCIAS- ESP PYXIS UCI 7 AMPOLLAS	La administración IM es dolorosa. Precaución en IR e IH. Efectos adversos: náuseas, vómitos, cefalea, quemazón peribucal (muy característica), taquicardia, hipertensión. Puede producir anemia hemolítica en pacientes con deficiencia de G-6-PD.

*: Stock calculado para 70 kg de peso durante 24 h.

Abreviaturas:

FM: fórmula magistral
X: medicamento extranjero
*: nevera
SF: Suero fisiológico
G5: S. Glucosado al 5%
API: Agua para inyección

Bibliografía:

1. Nogué S, Marruecos L. Guía clínica para el tratamiento de las intoxicaciones por metanol y etilenglicol. Indicaciones del fomepizol. 2006
2. Ficha técnica o prospecto.
3. Drugs Information 2007. AHFS.
4. Micromedex® Healthcare Series.
5. Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica. Pharma Editores. 1ª Ed. 2003
6. Protocolos de tratamiento de las intoxicaciones agudas. Hospital Clínic. Disponible en: Área de Vigilancia Intensiva. Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona. (Enero 2004). En: <http://wzar.unizar.es/stc/actividades/protocolos.html>
7. Antidote List 2009. 3rd Edition. Poisons Information Centre of Ireland.
8. Roberts DM, Aaron CK. Management of acute organophosphorus pesticide poisoning. BMJ 2007; 334: 629-634